

Avenant du 24 octobre 2025

à l'accord du 19 novembre 2015
relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé

NOR : ASET2550922M

IDCC : 1516

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SYCFI ;

Les acteurs de la compétence ;

SYNOFDES,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FEP CFTD ;

SNPEFP CGT ;

SNEPL CFTC ;

FD CFE-CGC ;

SNEPAT FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le régime frais de santé de la branche des organismes de formation a été mis en place par l'accord du 19 novembre 2015. Il a ensuite fait l'objet de clauses de recommandation successives.

Par avenant du 1^{er} décembre 2020, les partenaires sociaux dans l'objectif d'assurer la mutualisation la plus large possible, ont recommandé plusieurs organismes assureurs pour la couverture du régime de frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2021.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et l'article 10.4 de l'accord du 19 novembre 2015, les partenaires sociaux de la branche de la convention collective nationale des organismes de formation ont procédé :

- d'une part à l'audit et à l'évolution de la couverture du régime frais de santé ;
- et d'autre part au réexamen du choix des organismes assureurs recommandés.

En conséquence, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'accord collectif de branche du 19 novembre 2015 notamment en améliorant les garanties

conventionnelles (socle obligatoire et options) et en intégrant une nouvelle structure de cotisations (isolé/famille obligatoire).

Les partenaires sociaux rappellent que l'employeur est tenu d'informer et consulter les institutions représentatives du personnel (IRP) sur la mise en place, la modification ou le renouvellement du régime collectif de frais de santé, conformément aux dispositions des articles L. 2312-8 et suivants du code du travail.

En l'absence d'IRP, cette information est directement communiquée à l'ensemble des salariés par tout moyen conférant date certaine (affichage, note de service, remise d'un document individuel, ou communication électronique).

L'acte instituant le régime, ainsi que tout avenant ou mise à jour, doit être tenu à la disposition des salariés et communiqué à chaque nouvel embauché lors de son entrée dans l'entreprise.

Enfin, les partenaires sociaux rappellent que les garanties souscrites par chaque entreprise de la branche doivent être au moins équivalentes à celles définies par le présent avenant.

Article 1^{er} | Entreprises de moins de 50 salariés

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que la nature du contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés visés à l'article L. 2232-10-1 du code du travail dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Article 2 | Modification de l'accord du 19 novembre 2015 relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé

Le présent avenant modifie les dispositions de l'accord du 19 novembre 2015 :

Article 2.1 | Organismes assureurs recommandés

L'article 10 relatif aux « organismes assureurs recommandés » est remplacé par l'article suivant :

« Article 10 | Organismes assureurs recommandés

10.1. Les signataires du présent accord sont soucieux de favoriser la mutualisation des risques au niveau de la branche afin notamment de pallier les difficultés susceptibles d'être rencontrées par certains organismes de formation lors de la mise en place d'une couverture complémentaire, de garantir l'égal accès aux garanties collectives, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé et d'uniformiser en conséquence les conditions d'emploi des salariés et les conditions de concurrence entre organismes de formation ainsi que pour permettre la mise en œuvre d'une solidarité professionnelle.

À cet effet, les signataires du présent accord ont fait le choix de recommander les quatre organismes assureurs ci-dessous pour la mise en œuvre du régime frais de santé obligatoire :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris ;
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 51, boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon ;
- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;

- Harmonie mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Ces organismes ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Chaque organisme recommandé propose un contrat conforme aux dispositions du présent accord. La souscription de ce contrat par les entreprises auprès de ces organismes permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par application d'un montant de cotisation unique à l'ensemble des entreprises, ainsi que l'accès au fonds de solidarité instauré par la branche.

10.2. La mise en œuvre du degré élevé de solidarité est mutualisée pour l'ensemble des entreprises adhérant à l'un des organismes assureurs recommandés. À cet effet, un fonds de solidarité unique est géré conjointement par les organismes assureurs recommandés, sur lequel est affectée la part de cotisation fixée à l'article 9 et à partir duquel sont financées les mesures de solidarité pour les salariés des entreprises adhérentes.

10.3. Les annexes faisant partie du présent accord précisent les garanties et cotisations du régime conventionnel obligatoire (niveau 1) et des niveaux de couverture améliorés (niveaux 2 et 3) définis par le présent accord. Les entreprises n'adhérant pas à un des organismes recommandés doivent proposer des niveaux de couvertures au moins équivalentes aux niveaux ci-dessus.

10.4. Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Les partenaires sociaux se réuniront, au plus tard dans les 12 mois qui précèdent l'expiration d'une période de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2026 (soit au plus tard le 1^{er} janvier 2030).

10.5. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, les organismes recommandés présentent un rapport, sur les années écoulées depuis la prise d'effet de la recommandation et sur les perspectives d'évolution du régime (nombre d'organismes adhérents, nombre de salariés affiliés, évolution des cotisations, des prestations, la sinistralité, les effets de la portabilité, la mise en œuvre des droits non contributifs...). »

Article 2.2 | Modification des garanties

L'article 7 relatif aux « Garanties » est remplacé par l'article suivant :

« Article 7 | Garanties

Article 7.1 | Garanties conventionnelles minimales obligatoires "niveau 1"

Les prestations garanties figurent en annexe I du présent accord.

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de leur prise d'effet. Les garanties définies par le présent accord répondent aux critères des contrats responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les garanties seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes par accord entre les signataires et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

Article 7.2 | Amélioration des garanties de “niveau 2” et “niveau 3” : à adhésion obligatoire ou facultative du salarié

Les garanties de “niveau 2” et/ou de “niveau 3”, qui figurent en annexe I du présent accord revêtent au choix de l’entreprise :

- soit un caractère collectif et obligatoire mis en œuvre dans les conditions prévues par le présent accord. Ainsi, et notamment, l’adhésion de tous les salariés est obligatoire, dès le premier jour du travail, sous réserve des dispenses prévues par l’article 3 du présent accord. La cotisation est prise en charge dans les conditions prévues au présent accord, et notamment à l’article 8.2 ;
- soit, un caractère collectif et facultatif. Dans ce cadre, le salarié est libre d’adhérer ou non au niveau d’amélioration supérieur à celui choisi par l’employeur, que ce soit le “niveau 2” ou le “niveau 3”.

Quel que soit le choix réalisé par l’entreprise, le salarié pourra donc se couvrir à titre facultatif au niveau d’amélioration supérieur. »

Article 2.3 | Structures de cotisations et financement

L’article 8 relatif au « financement » est remplacé par l’article suivant :

« Article 8 | Structures de cotisation et financement

Article 8.1 | Structures de cotisation

Pour la mise en œuvre du niveau de couverture obligatoire dans son entreprise (niveau 1 ou 2 ou 3 selon le choix opéré), l’employeur dispose d’un choix entre l’une des deux structures de cotisation, qu’il appliquera à l’ensemble de son personnel :

- structure salarié obligatoire/conjoint facultatif/enfant facultatif ;
- structure isolé/famille obligatoire.

Si l’employeur fait le choix de la structure “isolé/famille obligatoire” :

- le salarié disposant d’un ou plusieurs ayant(s) droit non couvert par ailleurs s’acquitte de la cotisation “famille obligatoire” ;
- le salarié ne disposant d’aucun ayant-droit, ou dont le ou les ayant(s) droit sont couverts par un autre régime s’acquitte de la cotisation “isolé”. En vue de faire jouer la dispense prévue à l’article D. 911-3 du code de la sécurité sociale et de s’acquitter d’une cotisation “isolé”, le salarié ayant un ou plusieurs ayants droit est tenu de présenter une attestation sur l’honneur à l’employeur.

Pour la mise en œuvre du niveau de couverture optionnelle facultative dans son entreprise en complément du niveau de couverture obligatoire, pour atteindre le niveau 2 ou 3 (l’entreprise ayant souscrit le niveau 3 à titre obligatoire ne dispose pas de couverture optionnelle facultative) le salarié dispose de la faculté d’adhérer à ce niveau de couverture optionnel via les structures suivantes :

- structure salarié/conjoint/enfant, lorsque l’entreprise a fait le choix de la structure “salarié obligatoire/conjoint facultatif/enfant facultatif” pour le niveau de couverture obligatoire ;
- structure isolé/famille, lorsque l’entreprise a fait le choix de la structure “isolé/famille obligatoire” pour le niveau de couverture obligatoire.

Article 8.2 | Financement

Le financement des garanties collectives à adhésion obligatoire est assuré par une cotisation d’au moins la moitié à la charge de l’employeur, le reliquat étant à la charge du salarié. Le financement des garanties collectives à adhésion facultatives est, par principe, à la charge du salarié.

■ Si l'employeur retient la structure "salarié obligatoire/conjoint facultatif/enfant facultatif", il devra s'acquitter d'au moins la moitié de la cotisation "salarié obligatoire".

■ Si l'employeur retient la structure "isolé/famille obligatoire", il devra s'acquitter d'au moins la moitié de la cotisation "isolé" si le salarié adhère en isolé et d'au moins la moitié de la cotisation "famille obligatoire" si le salarié adhère en famille.

La cotisation de référence pour le calcul de la prise en charge de l'employeur est celle correspondant au niveau de garanties mis en place à titre obligatoire dans l'entreprise ».

Article 2.4 | Mise à jour de l'annexe prestations

L'annexe I « Prestations » est remplacée par l'annexe suivante :

« Annexe I "Prestations"

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-ACO.

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM-ACO : Option pratique tarifaire maîtrisée – anesthésie-chirurgie-obstétrique.

€ : Euro.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale.

RSS : Remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

SS : Sécurité sociale ».

(Voir page suivante.)

HOSPITALISATION				
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait patient urgence		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires				
Actes de chirurgie	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	250% BR 200% BR	250% BR 200% BR	250% BR 200% BR
Actes d'anesthésie				
Actes techniques médicaux				
Autres honoraires				
Chambre particulière avec nuitée, limité à 10 jours par année civile		30 €/jour	60 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire		15 €/jour	30 €/jour	45 €/jour
Lit accompagnant, limité à 10 jours par année civile		15 €/jour	30 €/jour	45 €/jour

TRANSPORT			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Transport remboursé par la	100% BR	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS				
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médicaux				
Généralistes	Adhérents DPTM	150% BR	150% BR	250% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM	130% BR	130% BR	200% BR
Spécialistes	Adhérents DPTM	250% BR	250% BR	250% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM	200% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	Adhérents DPTM	150% BR	150% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	130% BR	130% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	Adhérents DPTM	150% BR	150% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	130% BR	130% BR	200% BR
Sage-femmes		100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Ss)		100% BR	100% BR	100% BR

Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie			

Médicaments remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie hors médicaments, remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits et non remboursés Ss	-	75 € / année civile	75 € / année civile
Contraceptif et test de grossesse prescrits	100 € / année civile	150 € / année civile	200 € / année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés Ss (hors auditifs et dentaires et optiques)	100% BR	150% BR	150% BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Cures thermales remboursées Ss			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
Télésurveillance médicale remboursée Ss (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de prévention remboursés par la Ss et définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% BR

MEDECINE DOUCE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathe, Sophrologue, Naturopathe) (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINSS)	50 € / séance (max 4 / année civile)	50 € / séance (max 8 / année civile)	50 € / séance (max 10 / année civile)
Psychomotricien non pris en charge par la Ss	-	100% FR pour le bilan + 15 € / séance	100% FR pour le bilan + 15 € / séance
Dispositif « Mon soutien psy »	100% BR	100% BR	100% BR
Psychologue hors dispositif « Mon soutien psy »	50 € / séance (max 4 / année civile)	50 € / séance (max 8 / année civile)	50 € / séance (max 10 / année civile)

AIDES AUDITIVES			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Equipements 100 % Santé ^(**) :			
Aides auditives personnes >= 20 ans	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV ^(***)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV ^(***)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV ^(***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)			
Equipements libres ^(****) :			
Aides auditives personnes >= 20 ans	400 € / prothèse ^(***)	800 € / prothèse ^(***)	1 700 € / prothèse ^(***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)	1 400 € / prothèse ^(***)	1 700 € / prothèse ^(***)	1 700 € / prothèse ^(***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Ss ^(*)	100% BR	100% BR	100% BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

DENTAIRE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses			
Soins et prothèses 100 % Santé (*)			
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Panier maîtrisé (**)			
Inlay, onlay	175% BR dans la limite des HLF (****)	250% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Inlay core	150% BR dans la limite des HLF (****)	175% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275% BR dans la limite des HLF (****)	325% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Panier libre (***)			

Inlay, onlay	175% BR	250% BR	300% BR
Inlay core	150% BR	175% BR	200% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275% BR	325% BR	400% BR
Autres actes dentaires			

Orthodontie remboursée Ss	125% BR	200% BR	300% BR
Implants dentaires (hors pilier et tout acte annexe tel que scanner)	300 € / implant (max 2 / année civile)	500 € / implant (max 2 / année civile)	850 € / implant (max 2 / année civile)
Parodontologie remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie non remboursée Ss (****)	60 € / année civile	150 € / année civile	300 € / année civile

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(****) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

(*****) Seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.

Les actes "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.

OPTIQUE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Equipements 100 % Santé (*)			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
Equipements libres (****)			
Equipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) (**)	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	250 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	300 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) (**)	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	350 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement très complexe (monture + 2 verres très complexes de classe B) (***)	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	600 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre très complexe de classe B) (**)	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	300 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	375 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre très complexe de classe B) (**)	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	350 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture

Equipelement mixte (monture avec un verre complexe de classe B + un verre très complexe de classe B) (**)	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	400 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	525 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR dans la limite des PLV (****)
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR dans la limite des PLV (****)
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR dans la limite des PLV (****)
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations			
Lentilles acceptées par la Ss	100% BR + 60 € / année civile (*****)	100% BR + 60 € / année civile (*****)	100% BR + 60 € / année civile (*****)
Lentilles refusées par la Ss	60 € / année civile (*****)	60 € / année civile (*****)	60 € / année civile (*****)
Chirurgie réfractive de l'œil (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 € / œil / année civile	450 € / œil / année civile	900 € / œil / année civile

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article

D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(****) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(*****) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Ss (et non séparément).

Grille optique "verres de classe B"

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	Très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

PRESTATIONS AU TITRE DU DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE (*)
<p>Versement d'une somme forfaitaire de 250 € par an aux salariés en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage, destinée notamment à financer la part salariale de la cotisation santé pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise. Ce montant est proratisé en fonction du nombre de mois effectivement travaillés par l'alternant.</p>
<p>Versement d'une aide financière post-hospitalisation pour les salariés hospitalisés au moins 3 jours et dont le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts, est inférieur ou égal à 21 000 €. Le montant de l'aide est fixé à 300 € avec une majoration de 200 € pour une famille monoparentale.</p>
<p>Prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2° avis médical dans la limite des frais réels plafonnée à 300 € pour une affection de longue durée définie à l'article D.322-1 du Code la sécurité sociale. Pour bénéficier de cette prise en charge, le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts doit être inférieur ou égal à 21 000 €.</p>
<p>Octroi d'aides financières exceptionnelles (aides et secours individuels lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie).</p>

(*) Prestations à caractère non directement contributif. Pour les entreprises adhérentes au régime de branche, les prestations sont versées dans la limite du fonds DES disponible.

Article 2.5 | Mise à jour de l'annexe cotisations

L'annexe II « Taux de cotisation auprès des organismes assureurs recommandés » est remplacée par l'annexe suivante :

« Annexe II Taux de cotisation auprès des organismes assureurs recommandés

Cotisations du régime conventionnel

Tableaux des cotisations applicables au 1^{er} janvier 2026.

À compter du 1^{er} janvier 2026 – cotisations des salariés actifs – structure salarié obligatoire ou facultative/conjoint facultatif/enfant facultatif.

	Socle obligatoire		Option facultative		Option facultative	
	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié obligatoire	1,49 % PMSS	0,82 % PMSS	0,46 % PMSS	0,39 % PMSS	0,95 % PMSS	0,81 % PMSS
Adulte facultatif	1,64 % PMSS	0,90 % PMSS	0,51 % PMSS	0,43 % PMSS	1,05 % PMSS	0,89 % PMSS
Enfant facultatif	0,90 % PMSS	0,49 % PMSS	0,28 % PMSS	0,24 % PMSS	0,57 % PMSS	0,49 % PMSS

	Base obligatoire		Option facultative	
	Niveau 2		Niveau 3	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié obligatoire	1,85 % PMSS	1,13 % PMSS	0,49 % PMSS	0,42 % PMSS
Adulte facultatif	2,04 % PMSS	1,24 % PMSS	0,54 % PMSS	0,46 % PMSS
Enfant facultatif	1,11 % PMSS	0,68 % PMSS	0,29 % PMSS	0,25 % PMSS

	Base obligatoire	
	Niveau 3	
	Régime général	Régime local
Salarié obligatoire	2,22 % PMSS	1,43 % PMSS
Adulte facultatif	2,44 % PMSS	1,58 % PMSS
Enfant facultatif	1,33 % PMSS	0,86 % PMSS

(Il est rappelé que l'accord prévoit une gratuité à partir du 3^e enfant.)

À compter du 1^{er} janvier 2026 – cotisations des salariés actifs – structure isolé/famille obligatoire.

	Socle obligatoire		Option facultative		Option facultative	
	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Isolé	1,49 % PMSS	0,82 % PMSS	0,46 % PMSS	0,39 % PMSS	0,95 % PMSS	0,81 % PMSS
Famille obligatoire	3,96 % PMSS	2,18 % PMSS	1,23 % PMSS	1,04 % PMSS	2,53 % PMSS	2,15 % PMSS

	Base obligatoire		Option facultative	
	Niveau 2		Niveau 3	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Isolé	1,85 % PMSS	1,13 % PMSS	0,49 % PMSS	0,42 % PMSS
Famille obligatoire	4,91 % PMSS	2,99 % PMSS	1,30 % PMSS	1,10 % PMSS

Base obligatoire	Base obligatoire	
	Niveau 3	
	Régime général	Régime local
Isolé	2,22 % PMSS	1,43 % PMSS
Famille obligatoire	5,87 % PMSS	3,80 % PMSS

(Voir page suivante.)

À compter du 1^{er} janvier 2026 – cotisations du régime “loi Évin” – structure adulte/conjoint/enfant.

	Niveau 1			Niveau 2			Niveau 3		
	Régime général (RG)	Régime local (RL)	Régime général (RG)	Régime local (RL)	Régime général (RG)	Régime local (RL)	Régime général (RG)	Régime local (RL)	Régime général (RG)
Ancien salarié 1 ^{re} année ^[1]	1,49 % PMSS	0,82 % PMSS	1,85 % PMSS	1,13 % PMSS	2,22 % PMSS	1,43 % PMSS			
Ancien salarié 2 ^e année ^[1]	1,86 % PMSS	1,03 % PMSS	2,31 % PMSS	1,41 % PMSS	2,78 % PMSS	1,79 % PMSS			
Ancien salarié 3 ^e année ^[1]	2,24 % PMSS	1,23 % PMSS	2,78 % PMSS	1,70 % PMSS	3,33 % PMSS	2,15 % PMSS			
Ancien salarié au-delà de la 3 ^e année ^[1]	2,24 % PMSS	1,23 % PMSS	2,78 % PMSS	1,70 % PMSS	3,33 % PMSS	2,15 % PMSS			
Conjoint ancien salarié	2,46 % PMSS	1,35 % PMSS	3,05 % PMSS	1,86 % PMSS	3,66 % PMSS	2,36 % PMSS			
Enfant ancien salarié	0,89 % PMSS	0,49 % PMSS	1,11 % PMSS	0,68 % PMSS	1,33 % PMSS	0,86 % PMSS			
[1] Le point de départ est l'âge de départ à la retraite de l'ancien salarié.									

(Il est rappelé que l'accord prévoit une gratuité à partir du 3^e enfant.) »

Article 3 | *Durée et date d'effet*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 4 | *Dépôt, publicité et demande d'extension*

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires demandent l'extension accélérée du présent avenant auprès du ministère compétent en application des dispositions prévues réglementairement.

Fait à Paris, le 24 octobre 2025.

(Suivent les signatures.)